

Plan Maestro para la Tercera Edad

Encuesta pública: creación de la hoja de ruta



Master Plan
for Aging

El estado de Nueva York se encuentra en proceso de crear un Plan Maestro para la Tercera Edad (Master Plan for Aging, MPA) que sentará las bases de las estrategias destinadas a garantizar que todos los neoyorquinos puedan llevar vidas plenas, con buena salud, libertad, dignidad e independencia, sin importar la edad que tengan. Con esta encuesta, tratamos de comprender las condiciones de vida, las necesidades de atención y servicios, y las áreas de enfoque que los neoyorquinos quisieran que abordáramos en el MPA.

Las respuestas que recibamos en esta encuesta servirán de fundamento para las estrategias, las políticas y los programas nuevos y mejorados que recomendamos para incluir en el MPA. Mediante esta encuesta, tendrá la oportunidad de decirnos de qué manera el MPA puede ser de mayor utilidad para usted y su familia.

Complete la encuesta lo antes posible; tiene tiempo de hacerlo hasta el 31 de diciembre de 2023. Puede completar esta encuesta en nombre de otra persona, con su participación. Las respuestas enviadas son anónimas.

Para obtener más información sobre el MPA, visite www.ny.gov/mpa. Envíe un correo electrónico a MPA@health.ny.gov si tiene alguna pregunta sobre la encuesta.

1. ¿Completará esta encuesta en nombre de otra persona?

- No, no completaré la encuesta en nombre de otra persona.
- Sí, completaré la encuesta en nombre de otra persona (todas las respuestas a continuación se referirán a la otra persona y no a mí).

2. Seleccione el condado del estado de Nueva York en el que tiene su residencia principal. Marque solo una opción.

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albany | <input type="checkbox"/> Dutchess | <input type="checkbox"/> Madison | <input type="checkbox"/> Putnam | <input type="checkbox"/> Sullivan |
| <input type="checkbox"/> Allegany | <input type="checkbox"/> Erie | <input type="checkbox"/> Monroe | <input type="checkbox"/> Queens | <input type="checkbox"/> Tioga |
| <input type="checkbox"/> Bronx | <input type="checkbox"/> Essex | <input type="checkbox"/> Montgomery | <input type="checkbox"/> Rensselaer | <input type="checkbox"/> Tompkins |
| <input type="checkbox"/> Broome | <input type="checkbox"/> Franklin | <input type="checkbox"/> Nassau | <input type="checkbox"/> Richmond | <input type="checkbox"/> Ulster |
| <input type="checkbox"/> Cattaraugus | <input type="checkbox"/> Fulton | <input type="checkbox"/> New York | <input type="checkbox"/> Rockland | <input type="checkbox"/> Warren |
| <input type="checkbox"/> Cayuga | <input type="checkbox"/> Genesee | <input type="checkbox"/> Niagara | <input type="checkbox"/> St. Lawrence | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Chautauqua | <input type="checkbox"/> Greene | <input type="checkbox"/> Oneida | <input type="checkbox"/> Saratoga | <input type="checkbox"/> Wayne |
| <input type="checkbox"/> Chemung | <input type="checkbox"/> Hamilton | <input type="checkbox"/> Onondaga | <input type="checkbox"/> Schenectady | <input type="checkbox"/> Westchester |
| <input type="checkbox"/> Chenango | <input type="checkbox"/> Herkimer | <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Schoharie | <input type="checkbox"/> Wyoming |
| <input type="checkbox"/> Clinton | <input type="checkbox"/> Jefferson | <input type="checkbox"/> Orange | <input type="checkbox"/> Schuyler | <input type="checkbox"/> Yates |
| <input type="checkbox"/> Columbia | <input type="checkbox"/> Kings | <input type="checkbox"/> Orleans | <input type="checkbox"/> Seneca | |
| <input type="checkbox"/> Cortland | <input type="checkbox"/> Lewis | <input type="checkbox"/> Oswego | <input type="checkbox"/> Steuben | |
| <input type="checkbox"/> Delaware | <input type="checkbox"/> Livingston | <input type="checkbox"/> Otsego | <input type="checkbox"/> Suffolk | |

3. ¿Cómo describiría el área donde se ubica su residencia principal (seleccione una opción)?

- Ciudad/zona urbana
- Zona suburbana
- Zona rural

4. ¿Tiene dificultades para acceder al transporte en su área?

- Sí
- No

5. Si respondió “Sí” en la pregunta anterior, ¿cuál es el motivo más importante por el que no puede acceder al transporte?

- Desconoce las opciones de transporte disponibles.
- No tiene la tecnología necesaria para acceder a las opciones de transporte disponibles.
- No hay opciones de transporte.
- No hay transporte que cumpla con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA).
- No tiene la capacidad para desenvolverse en el sistema de transporte, como los horarios, las rutas y las paradas.
- No puede cubrir los costos del transporte.
- No sabe conducir.
- Otro (especifique) _____

6. ¿Tiene alguna discapacidad, limitación o problema de movilidad?

- Sí
- No

7. Si respondió “Sí” en la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia diría que su discapacidad, limitación o problema de movilidad le dificultan los desplazamientos?

- La mayor parte del tiempo.
- Una parte del tiempo.
- Pocas veces.

8. Si en la pregunta 6 indicó que tiene una discapacidad, limitación o problema de movilidad, ¿qué tan accesible considera que es su comunidad? Es decir, ¿qué tan fácil cree que les resulta a las personas con discapacidades, limitaciones o problemas de movilidad salir de sus hogares, acceder a los servicios y desenvolverse en la comunidad?

- La comunidad es muy accesible. Me siento independiente en ella.
- La comunidad es moderadamente accesible. Puedo hacer la mayor parte de las tareas por mi cuenta.
- La comunidad no es muy accesible. Puedo hacer la mayor parte de las tareas con ayuda o tengo dificultades para hacerlas.
- La comunidad no es para nada accesible.

9. ¿Experimentó algún tipo de discriminación en su comunidad (p. ej., basada en la edad o las habilidades)?

- Sí
- No

10. Si respondió “Sí” en la pregunta 9, ¿con qué frecuencia experimentó la discriminación?

- Con una frecuencia regular (p. ej., una vez a la semana).
- Con una frecuencia moderada (p. ej., varias veces al año).
- Con poca frecuencia (ocurrió algunas veces, pero de manera esporádica).

11. ¿Siente que el NYS le brinda el nivel adecuado de protección contra la discriminación o cree que debería hacer más al respecto?

- Sí, existe el nivel de protección adecuado.
- El estado brinda un buen nivel de protección, pero debería hacer más al respecto.
- El estado protege de manera inadecuada a las personas contra la discriminación.

12. Elija la opción que mejor describa su situación habitacional:

- Poseo una vivienda privada.
 - Alquilo una vivienda privada.
 - Vivo con un familiar.
 - Vivo en una vivienda o comunidad para personas mayores independientes.
 - Vivo en una vivienda con apoyo o un centro de vivienda asistida.
 - Vivo en un asilo o un centro especializado de enfermería.
 - Vivo en otra clase de configuración residencial (especifique)
-

13. ¿El costo de su vivienda actual representa una carga para usted?

- Sí
- No
- No corresponde.

14. ¿Logra cubrir sus necesidades de alimentos y nutrición?

- Sí, logro cubrir mis necesidades.
- No, no logro cubrir mis necesidades, pero recibo asistencia o beneficios (p. ej., de la comunidad, la iglesia, el gobierno o la familia).
- No, no logro cubrir mis necesidades y no recibo ninguna clase de asistencia o beneficios.

15. Si usted no logra cubrir sus necesidades de alimentos y nutrición, y tampoco recibe ninguna clase de asistencia o beneficios, ¿por qué motivo no recibe beneficios?

- Desconozco los beneficios disponibles.
- No cumplo con los criterios de elegibilidad.
- No quiero recibir ninguna asistencia.
- No corresponde.

16. ¿Logra cubrir sus necesidades de medicamentos?

- Sí, logro cubrir mis necesidades.
- No, no logro cubrir mis necesidades, pero recibo asistencia o beneficios (p. ej., de la comunidad, la iglesia, el gobierno o la familia).
- No, no logro cubrir mis necesidades y no recibo ninguna clase de asistencia o beneficios.
- No corresponde.

17. Si usted no logra cubrir sus necesidades de medicamentos y tampoco recibe ninguna clase de asistencia o beneficios, ¿por qué motivo no recibe beneficios?

- Desconozco los beneficios disponibles.
- Desconozco la forma de solicitar beneficios y el lugar donde debo hacerlo.
- No cumplo con los criterios de elegibilidad.
- No quiero recibir ninguna asistencia.
- No corresponde.

18. ¿Cuál es situación laboral?

- Tengo un empleo de tiempo completo.
- Tengo un empleo de medio tiempo.
- No tengo empleo/busco empleo.
- No puedo trabajar y recibo beneficios por discapacidad.
- Estoy jubilado por elección propia.
- Estoy jubilado por motivos forzosos (p. ej., por un problema de salud, una discapacidad, un accidente o una situación familiar).
- Soy estudiante.
- Soy amo de casa.

19. ¿Planea irse de su comunidad cuando se jubile?

- Sí
- No

20. Si respondió "Sí", ¿cuál es el motivo más importante por el que quiere vivir su jubilación en otro lugar?

- Por motivos económicos.
- Por la atención médica.
- Por el clima.
- Por el lugar donde vive la familia.
- Por la situación del cuidador.
- Otro (especifique) _____

21. ¿Habla con sus familiares o amigos, o integrantes de su comunidad con la frecuencia que le gustaría?

- Sí
- No

22. ¿Con qué frecuencia habla con sus familiares o amigos, o integrantes de su comunidad?

- Todos los días.
- Una vez a la semana.
- Una vez al mes.
- Una vez cada varios meses.
- Una vez al año o con menos frecuencia.
- Nunca.

23. ¿Tiene acceso a Internet en su hogar?

- Sí
- No

24. Si respondió “No”, ¿por qué no tiene acceso a Internet en su hogar?

- No puedo pagar el servicio de Internet.
- La conexión a Internet no está disponible en mi zona o no es confiable.
- No quiero tener el servicio de Internet.

25. ¿Dedica tiempo a ayudar a otras personas en alguna de estas actividades? Marque todas las opciones que correspondan.

- Hacer las tareas del hogar.
- Transporte.
- Hacer las compras (alimentos, productos de tocador, ropa y otros artículos necesarios).
- Cocinar o preparar los alimentos.
- Gestionar las finanzas.
- Programar citas.
- Administrar los medicamentos.
- Hacer las tareas de higiene.
- Usar la tecnología y los dispositivos electrónicos o de comunicación.
- Cuidar el césped/quitar la nieve; hacer tareas de mantenimiento o reparación en el hogar.
- Cuidar niños o mascotas.
- Ayudar a mantener las prácticas religiosas, los pasatiempos u otros intereses.
- Traducir.
- Ayudar en situaciones de emergencia.
- No ayudo o no puedo ayudar a otras personas en ninguna de las tareas mencionadas anteriormente.
- Otro (especifique) _____

26. Si ayuda a otras personas en algunas de las tareas que indicó en la pregunta 25, ¿a quién ayuda? Marque todas las opciones que correspondan.

- Familiar
- Amigo
- Integrante de la comunidad
- Compañero de trabajo

27. Si ayuda a otras personas en algunas de las tareas que indicó en la pregunta 25, indique el motivo más importante por el que ofrece esa ayuda. Marque todas las opciones que correspondan.

- La persona a la que ayudo tiene un problema de salud.
- La persona a la que ayudo tiene una limitación física.
- La persona a la que ayudo tiene un trastorno mental, conductual o relacionado con el consumo de sustancias.
- La persona a la que ayudo no tiene ninguna de las limitaciones mencionadas anteriormente, pero está sobrepasada con las tareas a su cargo (p. ej., necesita cuidado infantil o no puede entender cómo se usa la tecnología o los dispositivos electrónicos).

28. Si ayuda a otras personas en algunas de las tareas que indicó en la pregunta 25, ¿con qué frecuencia lo hace?

- Más de 30 horas a la semana, en promedio.
- De 15 a 30 horas a la semana, en promedio.
- De 7 a 14 horas a la semana, en promedio.
- Menos de 7 horas a la semana, en promedio.

29. Si ayuda a otras personas en algunas de las tareas que indicó en la pregunta 25, ¿necesita ayuda para hacerlo? Puede ser ayuda económica, programas u otra clase de apoyo.

- Sí
- No
- No corresponde.

30. ¿Recibe ayuda de otras personas para realizar alguna de estas actividades?

Marque todas las opciones que correspondan.

- Hacer las tareas del hogar.
- Transporte.
- Hacer las compras (alimentos, productos de tocador, ropa y otros artículos necesarios).
- Cocinar o preparar los alimentos.
- Gestionar mis finanzas.
- Programar citas.
- Administrar los medicamentos.
- Hacer las tareas de higiene.
- Usar la tecnología y los dispositivos electrónicos o de comunicación.
- Cuidar el césped/quitar la nieve; hacer tareas de mantenimiento o reparación en el hogar.
- Cuidar niños o mascotas.
- Mantener las prácticas religiosas, los pasatiempos u otros intereses.
- Traducir.
- Cubrir sus necesidades en situaciones de emergencia.
- Otro (especifique) _____
- No corresponde.

31. Si recibió ayuda de otras personas en algunas de las tareas que indicó en la pregunta 30, ¿quién le brinda esta ayuda de manera regular (marque todas las opciones que correspondan)?

- Familiar
- Amigo
- Integrante de la comunidad
- Compañero de trabajo
- Personal con remuneración

32. Si recibe ayuda de otras personas, ¿con qué frecuencia lo hace?

- Más de 30 horas a la semana, en promedio.
- De 15 a 30 horas a la semana, en promedio.
- De 7 a 14 horas a la semana, en promedio.
- Menos de 7 horas a la semana, en promedio.

33. ¿Cuáles considera que son los mayores desafíos para mantenerse independiente, saludable y en contacto con su comunidad? Seleccione un máximo de 5 opciones.

- No sé con seguridad qué servicios se encuentran disponibles en mi comunidad.
- No sé para qué beneficios públicos soy elegible y tampoco sé cómo obtener aquellos para los que soy elegible (p. ej., el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar [Home Energy Assistance Program, HEAP], etc.).
- No cumpla con los criterios de elegibilidad para los servicios o beneficios.
- No puedo encontrar ni contratar al personal para los servicios que necesito.
- Los servicios comunitarios disponibles para mí no cubren mis necesidades.
- No puedo pagar la vivienda.
- No tengo acceso a Internet o banda ancha, o mi acceso es limitado.
- No tengo teléfono celular, tableta ni computadora.
- No sé usar bien la tecnología.
- Los proveedores y profesionales de mi comunidad no hablan el idioma de mi preferencia o no entienden mi cultura.
- No confío en los proveedores y profesionales de mi comunidad.
- Mi hogar o comunidad no es accesible para mí en el aspecto físico (p. ej., no tiene barras de seguridad, rampas, iluminación mejorada, aceras, estacionamiento, instalaciones/espacios accesibles para personas con discapacidades, etc.).
- Necesito equipo o dispositivos médicos o adaptativos (p. ej., cama ortopédica, silla de ruedas, andador, bastón, silla con inodoro, audífonos, anteojos, etc.), pero no los tengo.
- Necesito ayuda con las tareas del hogar (como hacer reparaciones o trabajos de jardinería, o quitar la nieve), pero no la tengo.
- No puedo llegar a los lugares a los que debo ir (p. ej., tengo problemas para salir de la casa porque es difícil conseguir transporte).
- Tengo limitaciones físicas o problemas de movilidad que me dificultan salir de casa.
- Mis medicamentos recetados o servicios de atención médica son muy costosos.
- Dependo de que otras personas tomen mis decisiones.
- Falta coordinación o comunicación entre los proveedores de atención médica y servicios humanos.
- Las personas me tratan diferente debido a la edad que tengo.
- Otro (especifique) _____
- No siento que enfrente ningún desafío para mantenerme independiente, saludable y en contacto con mi comunidad.

34. Según lo que usted sabe, ¿cuál de los siguientes beneficios y servicios son menos accesibles para todos los integrantes de su comunidad y, sobre todo, para las personas mayores o aquellas que tienen discapacidades intelectuales o del desarrollo (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- Tratamiento médico.
- Ayuda con las tareas cotidianas del hogar (hacer las compras, lavar la ropa, preparar los alimentos, gestionar el dinero, etc.).
- Ayuda para bañarse, vestirse, acicalarse, usar el baño, desplazarse, supervisar los medicamentos, etc.
- Modificaciones o reparaciones menores del hogar.
- Ayuda para obtener asistencia o beneficios públicos.
- Entrega de alimentos o ayuda con la planificación y preparación de las comidas.
- Prevención e intervención en casos de consumo excesivo de sustancias (p. ej., mecanismos para identificar, informar y responder a este consumo).
- Servicios y tratamiento para personas con trastornos mentales o conductuales.
- Servicios y tratamiento para personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- Servicios y tratamiento para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo.
- Servicios y tratamiento para personas con Alzheimer y otros tipos de demencia.
- Autogestión de enfermedades crónicas.
- Servicios terapéuticos (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla, etc.).
- Servicios de diálisis.
- Transporte.
- Oportunidades para socializar.
- Servicios de coordinación de la atención o gestión de casos.
- Atención a largo plazo en centros de atención (p. ej., asilos, instituciones de cuidados para adultos, centro de vivienda asistida, hogares tipo familiar).
- Servicios basados en la comunidad, que fomenten la integración y la independencia.
- Otro (especifique) _____

35. ¿Cuáles son las áreas más importantes en las que le gustaría que se enfocara el Plan Maestro para la Tercera Edad? Seleccione un máximo de 5 áreas.

- Vivienda.
- Oportunidades para interactuar con otras personas de la comunidad (p. ej., para socializar y disfrutar de pasatiempos o intereses, hacer tareas de voluntariado o promoción, votar, etc.).
- Trastornos de la salud mental o conductual.
- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- Discapacidades intelectuales y del desarrollo.
- Alzheimer y otros tipos de demencia.
- Prevención e intervención en casos de maltrato (p. ej., explotación económica; maltrato físico, sexual, emocional y verbal; y abandono).

(Continúa en la próxima página)

- Tecnología y seguridad en el entorno tecnológico.
- Transporte.
- Servicios y apoyos a largo plazo en centros de atención.
- Ampliación de las opciones de servicios comunitarios.
- Servicios de coordinación de la atención o gestión de casos.
- Reclutamiento y retención de la fuerza laboral, como cuidadores con remuneración y profesionales que brindan asistencia domiciliaria a las personas (p. ej., auxiliares de atención médica domiciliaria, auxiliares de cuidado personal, empleados que trabajan en los centros y programas de atención, entre otros; y familiares o amigos con remuneración a través de servicios independientes).
- Apoyo y beneficios para familiares, amigos, vecinos y demás cuidadores no remunerados que ayudan a las personas en sus actividades de la vida diaria.
- Entrega de alimentos o ayuda con la planificación y preparación de las comidas.
- Ampliación de los criterios de elegibilidad para la asistencia económica y los servicios subsidiados mediante los programas de beneficios públicos (p. ej., el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP], el Programa de Asistencia de Energía a los Hogares [HEAP], etc.).
- Cambio climático (p. ej., calor extremo, inundaciones, etc.).
- Prevención de la discriminación sobre la base de la edad o la discapacidad.
- Otro (especifique) _____
- No considero que exista un área a priorizar en el Plan Maestro para la Tercera Edad.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (OPCIONAL)

1. ¿Qué edad tiene?

- Menos de 18 años.
- Entre 18 y 24 años.
- Entre 25 y 35 años.
- Entre 36 y 49 años.
- Entre 50 y 64 años.
- Entre 65 y 74 años.
- Entre 75 y 84 años.
- Más de 85 años.

2. ¿Cuál es su raza?

- Caucásico (incluso del Oriente Medio y el norte de África)
 - Negra o afroamericana
 - Hispano
 - Asiático
 - Indio americano o nativo de Alaska
 - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 - Soy de dos razas o más, o identifico mi raza de una forma diferente (especifique)
-

3. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Heterosexual
- Gay
- Lesbiana
- Bisexual
- Queer
- Pansexual
- Asexual
- Prefiero no responder
- No tengo seguridad/En cuestionamiento/No sé
- No figura en la lista (especifique) _____

4. Identidad de género actual

- Mujer
- Varón
- Mujer transgénero
- Varón transgénero
- Género no conforme
- No binario
- Género X
- Prefiero no responder
- No tengo seguridad/En cuestionamiento/No sé
- No figura en la lista (especifique) _____

5. Sexo asignado al nacer

- Femenino
- Masculino
- Intersexual
- Elijo no responder

Gracias por tomarse el tiempo de contestar nuestra encuesta; sus respuestas nos ayudarán a determinar de qué manera el Plan Maestro para la Tercera Edad puede ayudarle a usted y a su familia. Para obtener información sobre la tercera edad y los apoyos y servicios de atención a largo plazo en su área, póngase en contacto con NY Connects en **www.nyconnects.ny.gov** o llame al **800-342-9871**.

Además, reconocemos que las preguntas relacionadas con los malos tratos a las personas mayores y la discriminación pueden haber supuesto un reto emocional. Si usted, o un ser querido, ha sufrido o ha sido testigo de malos tratos a personas mayores, puede presentar una denuncia (de forma anónima si así lo desea) poniéndose en contacto con la Línea de ayuda de Servicios de Protección al Adulto del Estado de Nueva York (New York State Adult Protective Services, APS) llamando al **1-844-697-3505**. También puede ponerse en contacto con su oficina local de APS utilizando la información de contacto que se facilita en este enlace: **<https://ocfs.ny.gov/programs/adult-svcs/contact.php#local-aps>**.

Enviar las encuestas completas a:

**The Master Plan for Aging Team
New York State Department of Health
Office of Aging and Long Term Care
875 Central Avenue
Albany, NY 12206**